

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
SALA SUPERIOR DE SAN JUAN

ROSA LYDIA VÉLEZ Y OTROS
Demandante
vs.
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Y OTROS
Demandados

CIVIL NÚM: K PE1980-1738 (805)

SOBRE:
INJUNCTION CLÁSICO;
DAÑOS y PERJUICIOS
CASO EDUCACIÓN ESPECIAL

Reclamación

FASE DE DAÑOS ROSA LYDIA VÉLEZ vs. DEPR

Al Comisionado Especial:

Lcdo. Carlos Rivera Martínez
Comisionado
Apdo. 1713 Caguas,
Puerto Rico 00726-1713
correo electrónico: comisionado.ed.especial@gmail.com

1. Nombre del niño(a) o joven de educación especial: <u>J.A.B.H. ✓</u>	
Núm. de registro (si lo conoce): <u>0009-9009 ✓</u>	Núm. de SIE (si lo conoce): <u>24342419</u>
2. Fecha de nacimiento del niño(a) o joven de educación especial: <u>7999 ✓</u> Nombre de la escuela: <u>Colegio Santa Germa</u> Municipio: <u>Carolina</u>	
3. Nombre de la madre, del padre, del tutor, del encargado(a), que también son reclamantes: Madre: _____ Padre: <u>Javier A Brañca Lizardi</u> Tutor: _____ Encargado: <u>Celeste Gómez Biamón</u>	
4. Dirección postal: <u>P.O. Box 29969 San Juan PR 00929-969</u>	
Teléfono: <u>(787) 602-8815</u> Fax: _____ E-mail: <u>cmgb274@gmail.com</u> <u>(939) 77-0463</u>	

5. Breve relato de la condición del niño/a, joven, incluyendo diagnóstico y servicios directos o relacionados de educación especial que no le están o no le fueron brindados.

Breve relato de la condición del niño/a, joven: ✓

[illegible]

Diagnósticos (Marcar con ✓):

<ul style="list-style-type: none"> - Disturbios Emocionales - Sordo-Ciego - Sordo - Problemas de Audición - Autismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Impedimento Visual - Impedimentos Múltiples - Incapacidad intelectual (Retardación Mental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas Específicos de Aprendizaje - Problemas de Habla o Lenguaje - Daño Cerebral por Trauma - Impedimentos Ortopédicos - Otros Impedimentos de Salud
--	--	--

Otros, especifique:

Servicios de educación que no le están o no le fueron brindados (Marcar con ✓):

¿Qué no le están o no le fueron brindados (Marcar con ✓):			
<input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Evaluación <input checked="" type="checkbox"/> Re evaluación <input checked="" type="checkbox"/> PEI <input type="checkbox"/> Transportación	<input type="checkbox"/> Beca de transportación <input type="checkbox"/> Ubicación escolar apropiada <input type="checkbox"/> Equipo asistencia tecnológica <input type="checkbox"/> Asistente de servicios (T-1) <input type="checkbox"/> Servicio (año escolar) extendido <input type="checkbox"/> Dieta recomendada <input type="checkbox"/> Servicios compensatorios terapias	Terapias (no recibidas): <input type="checkbox"/> habla lenguaje <input type="checkbox"/> visual funcional <input type="checkbox"/> disfagia <input type="checkbox"/> psicológica	<input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> ocupacional <input type="checkbox"/> ocupacional <input type="checkbox"/> enfoque sensorial <input checked="" type="checkbox"/> Otras:

Otros, especifique:

6. Los daños que reclama a favor del niño, niña o joven de educación especial, así como los daños del padre, madre, tutor o encargado. Deberá especificar los daños sufridos por cada reclamante. (Marcar con ✓ y especificar)

Reclamantes (Marcar con ✓ y especificar):

✓ niño, niña, joven de educación especial ___ madre ___ padre ✓ encargado (Celeste Gómez)
___ Daños físicos : mediana

✓ Angustias y sufrimientos mentales y/o emocionales:

[Handwritten notes and scribbles]

✓ Pérdidas económicas: ___ pérdida de empleo ___ pérdida de ingresos

Daños en el aprendizaje:

<input type="checkbox"/> Retraso académico	<input type="checkbox"/> Retraso en la fecha de graduación
<input type="checkbox"/> Retraso cognoscitivo	<input type="checkbox"/> Deserción escolar o Abandono de escuela
<input type="checkbox"/> Retraso en aprendizaje	<input type="checkbox"/> Retraso en destrezas vida independiente
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo educativo	<input checked="" type="checkbox"/> verano académico

Gastos:

<input checked="" type="checkbox"/> Gastos médicos	<input checked="" type="checkbox"/> Deducibles	<input type="checkbox"/> Gastos por equipo asistivo
<input checked="" type="checkbox"/> Gastos por especialistas	<input checked="" type="checkbox"/> Gastos por servicios	<input checked="" type="checkbox"/> Gastos por educación privada
<input type="checkbox"/> Gastos por terapias	<input type="checkbox"/> Gastos por transportación	

___ Otros daños, especifique:

7. Identificar su representación legal (Escoja una alternativa con ✓)

(1) ☒ Se autoriza a los representantes de la clase en su fase interdictal a representarnos en la fase de daños y perjuicios.

(2) ☐ Otra representación legal:

Nombre: _____ RUA: _____

Dirección: _____

Tel. _____ Fax: _____ Email: _____

No se aceptará solicitud de inclusión al pleito de daños que: (1) la fecha de la estampilla (matasellos) del correo o del envío del correo electrónico sea posterior al 31 de octubre de 2016 y (2) que no contenga toda la información aquí solicitada.

Favor de llenar y remitir este formulario, en o antes del 31 de octubre de 2016, al:

Lcdo. Carlos Rivera Martínez, Comisionado,

Apdo. 1713 Caguas, Puerto Rico 00726-1713;

o a su correo electrónico: comisionado.ed.especial@gmail.com.